

長岡中央総合病院 看護学生インターンシップ 申込書

長岡中央総合病院インターンシップに参加ご希望の方は、本申込書を記載して下記までメール、ファックス 又は郵送してください

FAX 0258-33-9596

平成 年 月 日

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名			
生年月日	年 月 日	歳	
住所	〒		
電話番号	携帯	自宅	
所属看護師 養成機関	名称		
	学年		
参加希望月日	平成 年 月 日		
希望の病棟	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 特に希望病棟なし		
インターンシップの 志望動機			
その他、実習中の 要望等あれば 記入してください			